



ATENDIMENTO GERAL

SUBSIDIO ESCOLAR – ANO LETIVO 2014/15

REQUERIMENTO
PEDIDO DE ATRIBUIÇÃO

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal

PREENCHER

REQUERENTE

Nome: _____
Residência/Sede: _____ N.º _____ Localidade: _____
Código Postal: _____ Freguesia: _____ Concelho: _____
NIF/NIPC: _____ BI/CC: _____ Passaporte: _____ Válido até: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____ E-mail: _____

REPRESENTANTE (a preencher no caso de ser diferente do requerente)

Nome: _____
Residência/Sede: _____ N.º _____ Localidade: _____
Código Postal: _____ Freguesia: _____ Concelho: _____
NIF/NIPC: _____ BI/CC: _____ Passaporte: _____ Válido até: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____ E-mail: _____
Qualidade de: _____

NOTIFICAÇÃO

Mais solicita que todas as notificações referentes ao pedido, iniciado com o presente requerimento, sejam dirigidas para:

Requerente: morada ou telefone ou e-mail, *supra* referidos

Representante: morada ou telefone ou e-mail, *supra* referidos

Outro - Nome: _____
Residência/Sede: _____ N.º _____ Localidade: _____
Código Postal: _____ Freguesia: _____ Concelho: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____ E-mail: _____

PEDIDO

Requer a V^a Ex.^a a atribuição de subsídio escolar para o(s) aluno(s) abaixo identificado(s):

Identificação do aluno

Nome: _____ Idade: _____

Estabelecimento _____ nível ensino _____ Ano : _____

Necessita de manuais _____ . Motivo: _____

1^a vez que se candidata Sim Não

Beneficiou de subsídio no anterior ano letivo Sim Escalão: _____ Não

NIF: _____ C.C.nº _____ válido até _____

Identificação do aluno

Nome: _____ Idade: _____

Estabelecimento _____ nível ensino _____ Ano : _____

Necessita de manuais _____ . Motivo: _____

1^a vez que se candidata Sim Não

Beneficiou de subsídio no anterior ano letivo Sim - Escalão: _____ Não

NIF: _____ C.C.nº _____ válido até _____

Constituição do agregado familiar

(inserir linhas se necessário)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Situação Profissional	Rend. Mensal

ATESTADO DA JUNTA DE FREGUESIA DA ÁREA DE RESIDÊNCIA – a autenticar com carimbo ou selo branco

Confirma-se a composição do agregado familiar supra mencionado, constituído por ____ pessoas.

Data:

Assinatura do Presidente da Junta ou seu representante: _____

ENCARGOS

Habitação:

Própria Alugada de familiares Outra Encargo mensal com a Habitação: _____

Despesas de saúde permanentes (doença crónica comprovada por atestado médico):

Não Sim. Valor Mensal: _____ Motivo: _____

DOCUMENTOS A ENTREGAR

Para o efeito, junta os documentos que se elencam:

Documento da Segurança Social/ADSE/ Outro que ateste o escalão de abono atribuído.

OBERVAÇÕES

O subscritor, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento.

Santa Comba Dão, _____

O Requerente,

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar)

(O Funcionário)